

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Charles WALTHER

CHIRURGIEN DE LA PITUITÉ

PROFESSEUR AGREGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE



ADDENDUM

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1913

R. BLANCHARD

PROF. FAC. MÉD. PARIS

LISTE DES TRAVAUX

(de 1909 à 1913)

- 272° Discussion sur le traitement des fractures par la réduction sanglante sans suture des os (*Société de chirurgie*, 1909, p. 45 et 57).
- 273° Discussion à propos des greffes ovariennes (*Société de chirurgie*, 1909, p. 183).
- 274° Discussion sur une difformité de la main, consécutive à une brûlure, datant de la première enfance (*Société de chirurgie*, 1909, p. 202).
- 275° Discussion sur la ligature des veines jugulaires internes (*Société de chirurgie*, 1909, p. 236).
- 276° Présentation de coupes de peau après désinfection par la teinture d'iode (*Société de chirurgie*, 1909, p. 336).
- 277° Sur la stérilisation de la peau par la teinture d'iode (*Société de chirurgie*, 1909, p. 394).
- 278° Discussion sur le diagnostic des kystes hydatiques par la réaction de fixation (*Société de chirurgie*, 1909, p. 422).
- 279° Spina bifida : (*Société de chirurgie*, 1909, p. 862).
- 280° Greffe spontanée d'un ovaire à pédicule tordu et rompu (*Société de chirurgie*, 1909, p. 870).
- 281° Le traitement opératoire précoce de l'appendicite. *Rapport au XVI^e Congrès international de médecine* (Budapest, 1909 et *Journal de médecine interne*, 30 sept. 1909).

- 282° Des épiploïtes chroniques (*XVI^e Congrès international de médecine*, Budapest, 1909, p. LXXXI).
- 283° Sur la désinfection de la peau par la teinture d'iode (*XVI^e Congrès international de médecine*, Budapest, 1909, p. VI).
- 284° Discussion à propos de la chirurgie des artères (*XXII^e Congrès de l'association française de chirurgie*, Paris 1909. Comptes rendus, p. 227).
- 285° Discussion à propos du massage direct du cœur dans les syncopes anesthésiques (*XXII^e Congrès de chirurgie*, Paris 1909. Comptes rendus, p. 247).
- 286° Discussion à propos de l'occlusion duodénale aiguë post-opératoire (*XXII^e Congrès de chirurgie*, Paris 1909. Comptes rendus, p. 746).
- 287° Névrome du nerf médian (*Société de chirurgie*, 1909, p. 1153).
- 288° Tumeur blanche du genou (*Société de chirurgie*, 1909, p. 1154).
- 289° Hydronéphrose ancienne (*Société de chirurgie*, 1909, p. 1196).
- 290° Discussion au sujet d'une occlusion intestinale par diverticule de Meckel (*Société de chirurgie*, 1909, p. 1253).

1910

- 291° Kyste dermoïde inclus dans la profondeur d'un très volumineux adénofibrome du sein droit (*Société de chirurgie*, 9 février 1910, p. 155).
- 292° Tumeur du nerf médian (*Société de chirurgie*, 9 février 1910, p. 158).
- 293° Discussion sur une arthrite suppurée de l'épaule (*Société de chirurgie*, 1910, p. 192).
- 294° De la résection des muscles dans l'ablation du cancer du sein (*Bulletin et mémoires de l'Association française pour l'étude du cancer*, 17 février 1910).
- 295° Grossesse de huit mois chez une femme opérée il y a deux ans par l'incision de Pfannenstiel (*Société de chirurgie*, 1910, p. 220).
- 296° Cancer du pylore, gastro-entérostomie remontant à vingt-sept mois (*Société de chirurgie*, 1910, p. 284).
- 297° Rapport sur une observation de M. Savariaud : ophtalmoplégie avec anosmie par fracture du crâne. Guérison (*Société de chirurgie*, 1910, p. 307).
- 298° Tumeur de la dure-mère d'origine thyroïdienne (*Société de chirurgie*, 1910, p. 320).
- 299° Rapport sur trois cas d'hémophilie par M. Guillot (*Société de chirurgie*, 1910, p. 409).
- 300° Discussion sur l'autoplastie urétrale par transplantation veineuse (*Société de chirurgie*, 1910, p. 509).

-
- 301^o Fistule broncho-cutanée, traitée par la suture. Guérison constatée après plus de six ans (*Société de chirurgie*, 1910, p. 513).
- 302^o Discussion sur une luxation ancienne de la hanche traitée par la résection de la tête fémorale et la réposition du col dans la cavité cotyloïde (*Société de chirurgie*, 1910, p. 582).
- 303^o Discussion sur la radiumthérapie (*Société de chirurgie*, 1910, p. 672).
- 304^o Néoplasme du pylore à type de limite plastique; tumeurs de même nature des deux ovaires et de l'utérus (*Bull. et mém. de l'Ass. fr. pour l'étude du cancer*, 20 juin 1910).
- 305^o A propos des résultats éloignés de pleurotomies avec résection costale pour pleurésies purulentes (*XXIII^e Congrès de l'Assoc. fr. de chirurgie*. Paris 1910. Comptes rendus, p. 284).
- 306^o A propos de l'emploi de la scopolamine comme adjuvant de l'anesthésie générale (*XXIII^e Congrès de l'Association française de chirurgie*. Paris 1910. Comptes rendus, p. 672).
- 307^o Désinfection de la peau par la teinture d'iode (*XXIII^e Congrès de chirurgie*. Paris 1910. Comptes rendus, p. 712).
- 308^o Discussion sur un cas de néphrectomie droite pour pyonéphrose calculuse suivie de mort rapide par absence congénitale de l'autre rein et des organes génitaux internes correspondants (*Société de chirurgie*, 1910, p. 1083).

- 309° Discussion à propos d'un cas d'hydroappendice (*Société de chirurgie*, 1910, p. 1143).
- 310° Cholécystites typhiques (*Société de chirurgie*, 30 nov. 1910, p. 1163).
- 311° Résection du pylore pour ulcère calleux pyloro-duodénal (*Société de chirurgie*, 1910, p. 1231).
- 312° Discussion sur les cholécystites typhiques (*Société de chirurgie*, 1910, p. 1295).
- 313° Discussion sur le cancer de l'ampoule de Vater (*Société de chirurgie*, 1910, p. 1360).
- 314° Épiploite ayant continué d'évoluer après l'ablation de l'appendice (*Société de chirurgie*, 1910, p. 1370).
- 315° Tuberculose du cæcum (*Société de chirurgie*, 1910, p. 1373).

1911

- 316° Ostéomyélite de l'astragale (*Société de chirurgie*, 11 janvier 1911, p. 66).
- 317° Grossesse à terme et épithéliome du col. Opération de Porro. Hystérectomie totale ultérieure (*Société de chirurgie*, 14 février 1911, p. 197).
- 318° Amputation ostéoplastique de l'extrémité inférieure du fémur pour sarcome du tibia (*Société de chirurgie*, 8 mars 1911, p. 368).
- 319° Amputation ostéoplastique du fémur pour sarcome du tibia (*Société de chirurgie*, 1911, p. 370).

- 320° Fracture compliquée du tiers inférieur de la jambe gauche, réduction par la méthode de Codivilla (*Société de chirurgie*, 15 mars 1911, p. 390).
- 321° Rapport sur un cas d'appendicite aiguë post-traumatique, observation de M. Robineau (*Société de chirurgie*, 1911, p. 422).
- 322° Discussion sur l'appendicite traumatique (*Société de chirurgie*, 1911, p. 471).
- 323° Discussion sur la trépanation décompressive (*Société de chirurgie*, 1911, p. 471).
- 324° Rapport sur les appareils plâtrés à anses armées pour fractures compliquées ou opérations articulaires de M. Gourdet (*Société de chirurgie*, 1911, p. 475).
- 325° Kystes hydatiques multiples du foie et de l'abdomen. Kystes juxta-appendiculaires (*Société de chirurgie*, 29 mars 1911, p. 490).
- 326° Appendicite à manifestations thoraciques (*Bull. et Mém. de la soc. médic. des hôp.*, 31 mars 1911).
- 327° Sur le drainage en décubitus latéral dans les péritonites diffuses (*Société de chirurgie*, 1911, p. 498).
- 328° Discussion sur fractures de jambe (*Société de chirurgie*, 1911, p. 548).
- 329° Discussion sur une opération économique pour épithéliome adamantin du maxillaire inférieur (*Société de chirurgie*, 1911, p. 656).

-
- 330° Lombric emprisonné dans le duodénum après une gastro-entérostomie et expulsé par vomissement (*Société de chirurgie*, 1911, p. 656).
- 331° Pseudo-kyste hématique de l'arrière cavité des épiploons (*Société de chirurgie*, 1911, p. 694).
- 332° Rapport sur les résultats à longue échéance de l'emploi des agrafes dans la suture des fractures obliques de jambe par M. Guillet (*Société de chirurgie*, 1911, p. 715).
- 333° Résection de l'extrémité inférieure du radius pour ostéo-sarcome. Greffe de l'extrémité supérieure du péroné (*Société de chirurgie*, mai 1911, p. 739).
- 334° Fracture intercondylienne incomplète du fémur. Hémarthrose du genou (*Société de chirurgie*, 1911, p. 818).
- 335° Discussion sur un cas de plombage organique par greffe épiploïque d'un évidement osseux pour ostéomyélite (*Société de chirurgie*, 19 juillet 1911).
- 336° Traitement de l'appendicite chronique. Rapport présenté au XXIV^e Congrès de l'Association française de chirurgie. Paris 1911 (*Comptes rendus du Congrès*, p. 74).
- 337° Discussion sur le traitement de l'appendicite chronique (XXIV^e Congrès de chirurgie. Paris 1911. *Comptes rendus*, p. 260).
- 338° Du traitement des péritonites aiguës (XXIV^e Congrès de chirurgie. Paris 1911. *Comptes rendus*, p. 538).
- 339° Rapport sur une luxation intracoracoïdienne datant

de quatre mois et demi. Guérison par résection et arthrotomie. Observation de M. Rastouil (*Société de chirurgie*, 6 décembre 1911).

340° Rapport sur une résection suhtotale de la diaphyse tibiale dans un cas d'ostéomyélite aiguë. Résultats au bout de sept ans par R. Hardouin (*Société de chirurgie*, 1911, p. 1358).

341° Discussion sur traitement de l'ostéite infectieuse (*Société de chirurgie*, 1911, p. 1371).

342° Discussion sur les fractures du rachis cervical chez les plongeurs (*Société de chirurgie*, 1911, p. 1399).

1912

343° Filariose : (*Société de chirurgie*, 3 janvier 1912).

344° Fracture intratrochantérienne du fémur sans déplacement (*Société de chirurgie*, 30 janvier 1912).

345° Luxation dorsale externe des quatre derniers métatarsiens (*Société de chirurgie*, 6 février 1912).

346° Kyste hydatique du grand épiploon (*Société de chirurgie*, 6 février 1912).

347° Appendicite à manifestation thoracique (*Société médicale des hôpitaux*, 9 février 1912).

348° Rapport sur une greffe épiploïque dans une cavité pathologique du tibia, suite d'ostéite, par M. Baumgartner (*Société de chirurgie*, 20 février 1912).

-
- 349° Ostéoarthrite tuberculeuse du poignet traitée par les injections de chlorure de zinc et le curettage. Guérison datant de trois ans (*Société de chirurgie*, 1912, p. 292).
- 350° Ostéomyélite aiguë de la rotule (*Société de chirurgie*, 1912, p. 293).
- 351° Tumeur sous-hyoidienne simulant une tumeur du corps thyroïde (*Société de chirurgie*, 1912, p. 297).
- 352° Discussion sur la conservation du périoste et du ligament interosseux pour doubler la face profonde du lambeau dans les amputations de jambe à lambeau externe (*Société de chirurgie*, 1912, p. 324).
- 353° Discussion sur un cas d'ostéoarthrite du genou et méthode sclérogène (*Société de chirurgie*, 1912, p. 335).
- 354° Un procédé d'orchidopexie. Rapport de M. Ch. Monod à l'*Académie de médecine* (Séance du 12 mars 1912).
- 355° Rapport sur une observation de M. Viannay : résection diaphysaire du cubitus pour tumeur pariétale. Greffe osseuse immédiatement empruntée au péroné du même malade (*Société de chirurgie*, 30 avril 1912).
- 356° Rapport sur un cas de thymectomie chez un enfant de deux mois par M. Cbalochet (*Société de chirurgie*, 1912, p. 576).
- 357° Discussion sur un cas de greffe ostéocarticulaire dans un cas de spina ventosa (*Société de chirurgie*, 1912, p. 619).
- 358° Discussion sur une tentative d'anesthésie par les injec-

- tions intra-musculaires d'éther (*Société de chirurgie*, 1912, p. 669).
- 359° Observations et dessins publiés dans la Thèse de Haller : *Épiploïte chronique* (Paris, 1912).
- 360° Discussion sur l'anesthésie générale par injections intra-musculaires d'éther. Trois observations (*Société de chirurgie*, 1912, p. 742).
- 361° Discussion sur le traitement des hernies ombilicales (*Société de chirurgie*, mai 1912, p. 748 et 754).
- 362° Rapport sur un cas de calcul de l'ampoule de Vater, enlevé par voie transduodénale d'emblée par M. Baumgartner (*Société de chirurgie*, 1912, 4 juin).
- 363° Discussion sur un cas d'ostéomyélite tuberculeuse du fémur gauche, traitée par désarticulation de la hanche avec hémostase par le procédé de Momburg (*Société de chirurgie*, 25 juin 1912).
- 364° Arthrite^{*} du poignet droit traitée par l'immobilisation et la compression (*Société de chirurgie*, 25 juin 1912, p. 906).
- 365° Discussion sur la duodénotomie (*Société de chirurgie*, 2 juillet 1912, p. 917).
- 366° Discussion sur la fracture du col anatomique de l'humérus (*Société de chirurgie*, 9 juillet 1912, p. 990).
- 367° Discussion sur le traitement de l'hépatite diffuse par dilacération du foie (*Société de chirurgie*, 1912, p. 1023).

-
- 368° Arthrite chronique du genou. Sporotrichose (*Société de chirurgie*, 16 juillet 1912, p. 1024 et 1029).
- 369° Sarcocèle bilatéral de nature indéterminée (*Société de chirurgie*, 1912, p. 1029 et 1032).
- 370° Cure par la gymnastique d'une éversion spontanée (*Société de chirurgie*, 1912, p. 1032).
- 371° Discussion sur un cas de rétrécissement dit syphilitique du rectum, traité par l'anus artificiel, puis par extirpation abdomino-périnéale (*Société de chirurgie*, 1912, p. 1040).
- 372° Discussion à propos de l'hépatite diffuse (*Société de chirurgie*, 1912, p. 1060).
- 373° Fracture compliquée du tiers inférieur du fémur, traitée par extension continue par la broche de Steinmann (*Société de chirurgie*, 6 août 1912, p. 1145 et 1162).
- 374° Sur les ulcères tardifs consécutifs à la radiothérapie (*Société de chirurgie*, 6 août 1912, p. 1145 et 1162).
- 375° Sarcocèle bilatéral spécifique (*Société de chirurgie*, 6 août 1912, p. 1165 et 8 oct. 1912, p. 1182).
- 376° Discussion sur les abcès froids et les ostéites chroniques à staphylocoques (*XXV^e Congrès français de chirurgie*, *Comptes rendus*, p. 339).
- 377° Du diagnostic des adhérences par la radiothérapie. Communication (*XXV^e Congrès français de chirurgie*, Paris 1912. *Comptes rendus*, p. 584).

-
- 378° L'appendice à gauche. Communication (XXV^e Congrès français de chirurgie. Paris, 1912. *Comptes rendus*, p. 633).
- 379° Discussion sur un cas d'appendicite chez une malade atteinte d'anomalie du gros intestin (XXV^e Congrès français de chirurgie. Paris 1912. *Comptes rendus*, p. 642).
- 380° Discussion sur les pseudo-appendicites et l'intervention d'urgence au début de l'appendicite aiguë (XXV^e Congrès français de chirurgie. Paris, 1912. *Comptes rendus*, p. 646).
- 381° Discussion sur un procédé pour l'amputation dans la diaphyse du fémur, sans soulever le membre de la table (XXV^e Congrès français de chir. Paris, 1912. *Comptes rendus*, p. 669).
- 382° Discussion sur les occlusions intestinales aiguës suite de laparotomie (XXV^e Congrès de chirurgie. Paris, 1912. *Comptes rendus*, p. 880).
- 383° Discussion sur la voie inguinale dans les opérations des enveloppes du testicule ou du cordon (XXV^e Congrès de chirurgie. Paris, 1912. *Comptes rendus*, p. 961).
- 384° Discussion sur un procédé nouveau de cure radicale de l'ectopie testiculaire (XXV^e Congrès français de chirurgie. Paris, 1912. *Comptes rendus*, p. 964 et 965).
- 385° Résultats éloignés (dix-huit mois) d'une greffe ostéo-articulaire (*Société de chirurgie*, 22 octobre 1912, p. 1198 et 1203).

- 386° Section par un éclat de verre du tendon du long fléchisseur propre du pouce. Suture tardive par incision palmaire à grand lambeau (*Société de chirurgie*, 12 nov. 1912, p. 1213).
- 387° Appendicite paratyphique (*Communication à l'Académie de médecine*. Séance du 19 novembre 1912).
- 388° Rapport sur un cas d'hypernéphrome avec localisation secondaire à l'olécrâne gauche, par M. Groux (*Société de chirurgie*, 1912, p. 1393).
- 389° A propos des calculs appendiculaires (*Société de chirurgie*, 24 décembre 1912, p. 1506).
- 390° Double pied bot congénital, tarsectomie large, résultats éloignés (*Société de chirurgie*, 24 décembre 1912, p. 1544).

1913

- 391° La chirurgie de guerre dans les hôpitaux de Belgrade. Rapport sur le travail de M. Soubotitch (*Société de chirurgie*, 19 février 1913, p. 298).
- 392° Observations publiées dans la Thèse de Guyonneau : *Troubles urinaires dans l'appendicite* (Bordeaux, 1913).
- 393° Ectopie testiculaire bilatérale. Résultat de la première orchidopexie (*Société de chirurgie*, 18 mars 1913, p. 422).
- 394° Fracture ancienne de la jambe. Cal vicieux. Ostéotomie et résection. Application de l'appareil de Lambret (*Société de chirurgie*, 18 mars 1913, p. 423).

- 395° Fracture de jambe et réduction très difficile. Application de l'appareil de Lambret. Bon résultat (*Société de chirurgie*, 18 mars 1913, p. 427).
- 396° Résultats éloignés des opérations conservatrices des ovaires (*Communication à l'Académie de médecine*, 18 mars 1913).
- 397° Fracture du tibia par torsion sans fracture du péroné (*Société de chirurgie*, 16 avril 1913, p. 603).
- 398° Résultats éloignés (deux ans) d'une greffe ostéo-articulaire (*Société de chirurgie*, 16 avril 1913, p. 604).
- 399° Ostéoarthrite tuberculeuse du tarse, traitée par les injections de chlorure de zinc (*Société de chirurgie*, 16 avril 1913, p. 605).

ANALYSE DES PRINCIPAUX TRAVAUX

Désinfection de la peau par la teinture d'iode.

(*Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, n° 10, 16 mars 1909, p. 336, et n° 12, 30 mars 1909, p. 394).

(*XVI^e Congrès international de médecine*, Budapest, 1909, séance du 30 août, p. 6).

(*XXIII^e Congrès français de chirurgie*, 1910, p. 712).

(*XXV^e Congrès français de chirurgie*, 1912, p. 960).

(*Société de chirurgie*, avril 1913).

Aussitôt après la communication de Grossich, j'ai commencé à me servir de son procédé et, depuis le mois de décembre 1908, j'ai employé, d'une façon exclusive, la désinfection de la peau par la teinture d'iode, pour toutes les opérations.

Dès le début de l'application de cette pratique, je me suis efforcé, par l'étude attentive, méthodique des résultats cliniques, par l'examen histologique des coupes de peau ainsi traitée, par l'ensemencement, par l'expérimentation sur les animaux, d'en établir la valeur réelle.

J'ai communiqué à la Société de chirurgie, le 7 et le 30 mars 1909, les premiers résultats des recherches que j'avais faites avec la collaboration de mon chef de laboratoire, M. Touraine.

Ces premiers résultats, très démonstratifs, ont été vérifiés et acceptés partout à l'appui de cette méthode.

Au Congrès Français de Chirurgie de 1910, j'ai communiqué l'ensemble de tous nos travaux, donné le résultat des recherches que nous avons poursuivies sans interruption, M. Touraine et moi, du 8 janvier au 23 octobre 1909.

Cette étude, dont je veux donner un court résumé, a porté sur 312 cas.

I. — RÉSULTATS PRATIQUES.

Sur 312 opérations, dont 39 avec drainage, réunion parfaite dans 295 cas :

35 opérations d'urgence, dont 23 avec drainage et 59 opérations en milieu septique ont fourni 83 réunions parfaites. Dans 11 cas, un ou plusieurs fils avaient été infectés par le contact incessant de pus virulent.

Les 218 autres opérations en milieu aseptique, ont donné 212 réunions parfaites. Dans 5 cas, un fil (toujours dans les laparotomies le fil inférieur exposé à des infections secondaires par déplacement du pansement) avait coupé la peau. Dans 1 cas, trois fils avaient coupé la peau avec une légère suppuration par infection secondaire du pansement souillé d'urine.

En résumé, réunion toujours parfaite dans les conditions normales ; pas d'accidents dans la cicatrisation.

II. — RÉSULTATS BACTÉRIOLOGIQUES.

Lesensemencements ont été faits :

1^o Par des prises en surface ;

2^o Par des fragments de toute l'épaisseur de la peau, pris à différents temps de l'opération.

91 cas ainsi étudiés ont fait l'objet de 140 examens qui peuvent être divisés en cinq séries :

1^o *Application de teinture d'iode après lavage à l'éther* (14 cas) ;

2^o *Application de teinture d'iode après lavage à l'alcool* (35 cas) ;

3^o *Application de la teinture d'iode seule* (243 cas) ;

4^o *Application d'iode en solution chloroformée* (7 cas) ;

5^o Application de teinture d'iode après lavage au savon, puis à l'alcool et à l'éther (3 cas) ;

6^o Ensemencement des fils de suture au premier jour après l'opération (dans 37 cas, l'ensemencement des crâns a donné 5 fois seulement des colonies ; mais, dans 2 cas, le prélèvement des fils a été fait dans des conditions douteuses d'asepsie).

Dans les quatre premières séries, lesensemencements faits dans les intervalles de temps « utiles », c'est-à-dire de cinq minutes à une heure après l'imprégnation d'iode, ont donné les résultats suivants :

73 p. 100 des tubes restent stériles après éther-iode ;

93 p. 100 des tubes restent stériles après alcool-iode ;

87 p. 100 des tubes restent stériles après iode en solution chloroformée ;

94 p. 100 des tubes restent stériles après iode en teinture alcoolique.

La détermination des temps « utiles » a été faite par lesensemencements pratiqués de deux en deux minutes immédiatement après l'application d'iode, et, plus tard, de dix en dix minutes jusqu'à la durée d'une heure quarante-cinq minutes.

En prenant pour type la série 3 (application de teinture d'iode seule), nous avons trouvé, sur 23 expériences :

a) Troisensemencements témoins, avant l'application d'iode tous positifs ;

b) Unensemencement deux minutes après l'application d'iode : trois colonies de cocci.

c) Unensemencement après trois minutes : pas de microbes.

d) Unensemencement après cinq minutes : trois colonies dont une de staphylocoque.

e) Unensemencement après sept minutes : pas de colonie.

f) Seizeensemencements, de dix minutes à une heure qua-

rante-cinq, 14 négatifs. Dans un cas, cocci ; dans un autre, moisissures.

De sept minutes à une heure, lesensemencements ont toujours été négatifs.

Il faut donc un temps appréciable, en moyenne de cinq à six minutes, pour que les microbes soient tués. Après une heure, il est assez fréquent d'en retrouver à la surface de la peau.

Il est intéressant de noter que l'iode agit par lui-même et non point en rendant le terrain inapte à la vie microbienne.

La comparaison des résultats fournis par la série 5 (application de teinture d'iode après lavage au savon, puis à l'alcool et à l'éther) nous a montré des différences considérables et fourni d'intéressantes données pratiques :

Nous avons constaté que, dans ces conditions, un ensemencement immédiat, avant le savonnage, donnait une centaine de colonies ; deux minutes après le brossage à l'eau savonneuse, c'est-à-dire après la désinfection purement mécanique, 2 colonies seulement cultivaient ; — Après l'éther puis l'alcool, c'est-à-dire environ quatre minutes après le brossage, nous trouvions 30 colonies. — Deux minutes après le badigeonnage à la teinture d'iode, un tube est resté stérile. — Trente-sept minutes après l'application d'iode, nous trouvons 10 colonies, et, quarante-trois minutes après, 83 colonies. (Il s'agit ici de prises en surface et non d'ensemencement de fragments de la tranche de section de la peau.)

L'asepsie mécanique à la brosse est donc presque parfaite pour la surface. L'excitation mécanique de la peau produit une vaso-dilatation intense et par suite une transpiration rapide et abondante ; un certain nombre de microbes de la profondeur sont alors entraînés sur la surface de l'épiderme qu'ils souillent à nouveau. L'iode, appliqué à ce moment, exerce sur eux une action bactéricide puissante, mais ne pénètre

pas très profondément du fait de l'hydratation antérieure et n'atteint pas les microbes réfugiés dans les glandes ou les follicules. Ces derniers, toujours vivants, viennent à nouveau souiller la surface de la peau ; et ceci d'autant mieux que l'iode diminue et même disparaît dans la région superficielle de la couche cornée.

III. — RÉSULTATS HISTOLOGIQUES.

La technique a consisté dans l'emploi de deux procédés :

1° Imprégnation par un sel qui, avec l'iode, donne un précipité insoluble dans l'alcool (nitrate d'argent).

2° Recherche de l'iode en nature sur les coupes par congélation.

L'étude des coupes au nitrate d'argent montre de la façon la plus nette :

1° A un très faible grossissement (30 à 60/1), une mince bande noire continue formée par l'accumulation de l'iodure d'argent et marquant dans son ensemble la limite de l'épiderme. A un plus fort grossissement (350-500/1) on constate la présence de deux bandes principales d'imprégnation : l'une au niveau du stratum disjunctum, l'autre, beaucoup plus intense, dans la couche germinative et à la partie profonde de la couche de Malpighi.

Entre ces deux bandes, il existe une zone où l'imprégnation est souvent plus discrète, et qui répond au stratum intermédiaire. A ce niveau, les granulations sont plus clairsemées, elles commencent cependant à s'orienter autour des cellules.

A un fort grossissement (800-1200/1), on constate que les granulations diffuses, indépendantes de toute orientation dans la couche cornée, présentent, dans le corps muqueux, une systématisation nette. Elles paraissent plaquées contre la

membrane de chacune des cellules et forment comme une pellicule mince plus ou moins continue surajoutée à celle-ci.

Les granulations d'iodure d'argent ne paraissent que rarement pénétrer dans les cellules elles-mêmes. Elles semblent exclusivement confinées dans l'épiderme au début de l'impregnation et il est fort rare d'en trouver quelques traces dans le derme contre la membrane basale.

Au contraire, si l'examen porte sur un fragment prélevé une demi-heure à une heure après l'application d'iode, on constate que dans la couche cornée les dépôts d'iodure d'argent sont moins abondants, les granulations sont plus clairsemées. Dans la couche muqueuse, la disposition initiale n'est guère modifiée. Par contre, le derme renferme d'assez nombreuses granulations. Quelques-unes, assez rares du reste, peuvent se rencontrer en plein derme, entre les faisceaux conjonctifs toujours assez près de l'épiderme. Mais la plupart se trouvent dans les capillaires sanguins ou lymphatiques.

Sur quelques préparations, on trouve des mononucléaires contenant des granulations, soit près de la basale, à travers laquelle on les voit parfois s'insinuer, soit, plus ou moins profondément, dans les mailles du réseau conjonctif. Tout se passe donc comme s'il se faisait une reprise secondaire des granulations tendant à leur absorption par les leucocytes grâce à un véritable phénomène de phagocytose macrophagique.

L'iode pénètre à des degrés différents dans les annexes de la peau.

Sur la gaine des poils, sur la tige du poil lui-même, l'iode se dépose en de nombreuses granulations.

Dans les glandes sébacées, la pénétration semble moins facile, moins abondante. Cependant, on retrouve les granulations isolées, dans l'acinus au niveau des cellules de l'assise basilaire.

Dans les glandes sudoripares, la pénétration est plus facile, plus large.

La comparaison des coupes de peau de la troisième et de la cinquième série, c'est-à-dire par application d'iode avec ou sans savonnage préalable, montre d'une façon frappante la diminution considérable de pénétration de la teinture d'iode après savonnage.

Les recherches bactériologiques, les examens microscopiques, faits en série sur la peau de cobayes, nous ont donné des résultats identiques et nous ont permis de vérifier, d'une façon plus précise, certains détails histologiques, notamment l'imprégnation des poils et de leur gaine.

La clinique, la bactériologie, l'histologie sont donc d'accord pour montrer que le badigeonnage à sec donne de meilleurs résultats que le badigeonnage après le lavage en milieux aqueux.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons recherché si l'application de teinture d'iode dédoublée (teinture d'iode du Codex coupée d'égale volume d'alcool) offrait les mêmes garanties pour la désinfection.

L'examen histologique nous a montré que sur une peau épaisse (abdomen), l'imprégnation est trop faible; huit minutes après le badigeonnage, granulations clairsemées dans la couche de Malpighi, rares dans la couche basale; cinquante minutes après, l'aspect est à peu près celui d'une peau non traitée à l'iode: très rares granulations dans les capillaires lymphatiques superficiels.

Sur une peau mince (scrotum), l'imprégnation est beaucoup plus marquée, avec ces maxima habituels dans le stratum disjunctum et dans la couche basale, mais beaucoup moins intense qu'avec la teinture d'iode pure. L'absorption paraît assez rapide: onze minutes après l'application d'iode, on

trouve d'assez nombreuses granulations dans les capillaires les plus superficiels. Elles y deviennent très nombreuses quinze minutes après. A ce moment, l'imprégnation du stratum disjunctum, du stratum lucitum est beaucoup moins forte que dix minutes plus tôt.

Les examens bactériologiques et histologiques faits sur le cobaye ont confirmé ces premières données.

Il semble donc que l'on peut, en pratique, se servir de la teinture d'iode dédoublée pour désinfection des régions de peau fine : la face, le scrotum, la verge. Pour les régions de peau épaisse, pour la peau de l'abdomen, notamment, l'application de teinture d'iode dédoublée ne donne pas une garantie suffisante, l'imprégnation est très faible et de très courte durée.

TECHNIQUE DE L'APPLICATION DE LA TEINTURE D'IODE.

J'applique une seule couche de teinture d'iode (teinture d'iode du Codex, à 10 p. 100). J'ai, presque dès le début, renoncé aux lavages préalables à l'alcool et à l'éther, que j'employais au moment où j'ai fait ma première communication à la Société de Chirurgie, cette application d'alcool ou d'éther étant inutile, pouvant même être nuisible en facilitant l'irritation de la peau, en prédisposant à l'érythème. Au bout de cinq minutes, la teinture d'iode est enlevée avec une compresse imbibée d'alcool, et la peau asséchée avec une compresse stérilisée.

A la fin de l'opération, les fils de la ligne de suture sont touchés légèrement avec un tampon imbibé de teinture d'iode mais exprimé. Cette légère couche de teinture d'iode est ensuite asséchée et en partie enlevée avec une compresse sèche.

Je n'ai jamais observé d'érythème ou d'excoriation lorsque l'excès de teinture d'iode séché à la surface de la peau a été complètement enlevé à l'alcool. Les érythèmes ne résultent

pas de la pénétration de la teinture d'iode dans la profondeur de la peau, mais bien de l'action de la couche d'iode qui reste déposée sur les téguments après évaporation de l'alcool.

Sur les ulcères tardifs consécutifs à la radiothérapie.

(Société de chirurgie, séance du 31 juillet 1912.)

J'apporte, dans ce travail, une première observation ayant trait à une forme très rare d'ulcération tardive par atrophie de la peau et par artérite, sans radiodermite intermédiaire.

L'ulcère, situé à la face interne de la jambe, au niveau de la jarretière, s'était développé sur une ancienne plaque d'eczéma séborrhéique lichénifié qui avait cependant été heureusement modifiée par la radiothérapie.

L'examen complet de la région malade largement enlevée au bistouri, examen pratiqué par M. Masson, montra qu'il s'agissait d'un faux ulcère, d'une apparence d'ulcère dû à une véritable atrophie de la peau, à une plaque de kératinisation massive de l'épiderme, due à la stérilisation de la couche génératrice correspondante.

Les déformations et les transformations cellulaires fort intéressantes à observer dans cette étude ont fait l'objet d'un travail spécial présenté à la Société du cancer, par M. Masson.

Une seconde observation mérite de retenir l'attention à cause de la difficulté de la détermination de l'indication opératoire.

Il s'agit, en effet, d'un gros fibrome traité par la radiothérapie, continuant à saigner abondamment et avec une vaste ulcération de radiodermite occupant à peu près tout l'espace ombilico-pubien.

Dans une première opération, l'ulcération fut largement réséquée avec toute la zone périphérique de peau suspecte et la peau de l'abdomen reconstituée par une large autoplastie.

Cinq mois plus tard, la réparation des téguments semblant assurée, je pus faire l'hystérectomie totale.

Le traitement de choix de ces grandes ulcérations douloureuses dues aux artérites, consécutives aux rayons de Roentgen, filtrés ou non filtrés, me paraît être la large exérèse, dépassant de très loin les limites de l'ulcère pour atteindre la peau saine et la réparation de cette brèche par une autoplastie immédiate.

C'est là, semble-t-il, la seule indication en présence de ces ulcérations qui résistent à toutes les médications et qui parfois, après une guérison apparente, se reforment de nouveau pour ne plus se réparer.

Réséction de l'extrémité inférieure du radius pour ostéosarcome; greffe de l'extrémité supérieure du péroné.

(Société de chirurgie, 24 mai 1911.)

Résultats éloignés d'une greffe ostéoarticulaire.

(Société de chirurgie, 16 octobre 1912; 16 avril 1913.)

Cette observation, suivie depuis deux ans, offre un très grand intérêt en ce qu'elle montre, d'une façon indiscutable, la persistance, sans changement de forme ni de volume, la vie d'un greffon osseux, extrémité supérieure du péroné garnie de son cylindre périostique complet, employé pour remplacer l'extrémité inférieure du radius droit réséqué, chez une femme de trente ans, pour sarcome myéloïde. Une pseudarthrose très nette entre le fragment supérieur du radius et le greffon

empêche d'invoquer ici la formation d'un os nouveau aux dépens du périoste de la partie conservée de l'os ancien. — Quelles que soient les conditions histologiques de résorption rapide et de reproduction du greffon, il est certain qu'il vit là de sa vie propre en empruntant les éléments de nutrition aux parties molles qui l'entourent.

L'étude de cette observation présente encore un autre point fort important : la reconstitution de l'articulation du poignet, articulation péronéo-carpienne. Les surfaces articulaires sont restées en place ; l'articulation est solide et les mouvements ont presque l'amplitude normale ; la malade, peut, sans fatigue, travailler comme par le passé.

De la résection des muscles dans l'ablation du cancer du sein.

(Association française pour l'étude du cancer, janvier 1910.)

Dans cette communication, j'ai décrit, en grande partie, le procédé opératoire que j'emploie toujours dans l'ablation des cancers du sein, en ménageant les muscles qui ne sont, pour ainsi dire, jamais envahis par les noyaux de récurrence, mais en enlevant largement et soigneusement les aponévroses et en sacrifiant précisément toute la portion du grand pectoral qui correspond à la glande pour assurer l'ablation de l'aponévrose du muscle.

J'insiste aussi, dans ce travail, sur la nécessité absolue d'enlever, d'un seul bloc, le sein, la chaîne lymphatique et tout le contenu de l'aisselle et sur l'avantage qu'il y a, pour réaliser cette ablation en masse, à attaquer la dissection du creux de l'aisselle par son bord externe, en suivant de bas en haut la veine axillaire jusque sous l'apophyse cora-

coïde pour redescendre ensuite sur le plan costal, de façon à enlever d'un seul tenant tout le contenu de l'aisselle sans fausse route, sans déchirure dans la zone des lymphatiques et des ganglions.

J'apporte à l'appui de cette technique une statistique comportant 44 cas d'opérées sur lesquelles j'avais pu me renseigner exactement :

Sur 44 malades opérées pour des cancers vérifiés à l'examen histologique, avec envahissement ganglionnaire, 12 sont mortes de récidive, soit 27,27 p. 100 ; 2 sont mortes de maladies autres sans aucune trace de récidive. L'une, opérée en 1894, est morte en 1910 de pneumonie, quatorze ans après l'opération ; l'autre, opérée en 1902, est morte en 1907 d'accidents cardiaques, cinq ans après l'opération.

28 opérées, soit 63,63 p. 100 sont actuellement bien portantes, sans aucune trace de récidive :

3 depuis moins d'un an :		
7	—	plus —
1	—	— 2 ans,
4	—	— 3 —
4	—	— 4 —
2	—	— 5 —
2	—	— 6 —
1	—	— 7 —
2	—	— 8 —
1	—	— 12 —
1	—	— 20 —

Deux opérées actuellement vivantes ont eu des récidives l'une deux ans, l'autre onze ans après l'opération.

Dans tous les cas de récidive constatés, j'ai trouvé seulement deux fois la localisation dans le voisinage de la région opérée. Dans tous les autres cas, elle s'est faite deux fois dans le rachis, une fois dans la plèvre, une fois dans le foie, et

enfin dans les ganglions sus-claviculaires et les ganglions du médiastin.

**Néoplasme du pylore à type de limite plastique ,
tumeurs de même nature des deux ovaires et de l'utérus.**

(*Association française pour l'étude du cancer, mai 1910.*)

Cette observation offre un exemple intéressant de la filiation des lésions.

Quatorze mois après une large résection de l'estomac pour néoplasme du pylore à type de limite plastique, avec gros ganglions sus et sous-pyloriques, je dus intervenir à nouveau pour enlever un kyste de l'ovaire gauche déjà constaté quatre ans auparavant au cours d'une grossesse, puis ayant disparu par rupture spontanée un peu avant la constatation du néoplasme pylorique et s'étant reformé depuis.

Je trouvai, en même temps que ce kyste, une tumeur solide de l'ovaire droit, d'aspect fibromateux, et un petit fibrome interstitiel de l'utérus.

Or, l'examen histologique pratiqué par M. Borrel, pour le pylore, et par M. Masson, pour l'utérus et les ovaires, montra que l'ovaire droit présentait les caractères du vrai néoplasme ovarien à forme massive ; qu'il existait, à la base de la paroi du kyste de l'ovaire droit, une infiltration métastatique du néoplasme et encore un noyau métastatique au centre du fibrome utérin.

Il semble donc bien qu'il y ait eu métastase de la tumeur pylorique sur les ovaires et sur l'utérus.

Sans doute, le kyste de l'ovaire gauche avait été constaté quatre ans auparavant, mais l'examen histologique y montra les caractères d'un kyste banal de l'ovaire avec son revête-

ment épithélial typique. Sur ce kyste banal, dans l'épaisseur de sa paroi, s'est faite la métastase, comme elle s'est aussi, pour ainsi dire, déposée au centre du petit fibrome utérin; l'ovaire droit, lui, a été pris en masse par le néoplasme.

L'identité absolue de structure du néoplasme gastrique et de ces diverses localisations utéro-ovariennes semble ici établir nettement la filiation des lésions.

Cette observation apportait un élément important dans l'étude de ces tumeurs ovariennes concomitantes ou consécutives au cancer de l'estomac — question encore fort discutée à ce moment, et dont j'avais, dans ce travail, rassemblé les éléments en réunissant les faits publiés depuis la récente thèse de Flaissier (juillet 1909).

Elle montre aussi un exemple, le premier, je crois, de métastase du néoplasme gastrique au centre d'un fibrome utérin.

Résultats éloignés des opérations conservatrices des ovaires.

(*Académie de médecine, séance du 18 mars 1913.*)

J'ai apporté sur les résultats éloignés des opérations conservatrices de l'ovaire, résection partielle ou ignipuncture, une statistique recueillie dans mon service, à l'hôpital de la Pitié de 1901 à 1912.

Sur 139 opérées, 98 ont pu être retrouvées. Dans 68 cas, j'ai pu constater la guérison complète. Dans 12 cas, j'ai constaté une sensibilité plus ou moins vive des ovaires à l'exploration bi-manuelle, sans douleurs spontanées. Dans 6 cas, les femmes souffrent encore, par moments, surtout pendant les règles. Dans 8 cas, résultat thérapeutique nul,

persistance des douleurs. Dans 4 cas, une intervention nouvelle (hystérectomie) a été indiquée par récurrence d'annexite.

La valeur fonctionnelle des ovaires partiellement réséqués est prouvée par le nombre des grossesses.

En supprimant de la liste générale des opérées les cas de résection partielle unilatérale avec autre côté sain et les cas de résection bilatérale des trompes avec conservation d'un ovaire, on ne trouve que 73 cas pouvant donner cette preuve certaine de la valeur de l'ovaire réséqué (résection partielle bilatérale ou résection totale d'un côté, partielle de l'autre).

Sur ces 73 opérées, 18 ont eu des enfants, soit 24 p. 100 (16 ont eu un enfant, 2 en ont eu 2).

Ce pourcentage déjà satisfaisant est peut-être inférieur à la vérité, car il s'agit d'une statistique globale.

Dans un premier relevé établi en 1910, j'avais constaté une proportion globale de 20,34 p. 100 et une proportion de 57 p. 100 en ne comptant que les opérées revues après plusieurs années.

En tous cas, la résection partielle de l'ovaire doit toujours être tentée chaque fois qu'elle est possible, c'est-à-dire quand la trompe est perméable, même quand l'ovaire semble très altéré. Je cite deux cas de femmes auxquelles j'ai réséqué les annexes d'un côté et laissé un minime fragment de l'autre ovaire et qui ont eu chacune 3 enfants.

La crainte de rechutes, toujours possibles, nécessitant une nouvelle opération, ne doit pas arrêter. Ces rechutes sont rares, au moins sous une forme assez sérieuse pour indiquer une opération, puisque sur 139 cas, je n'ai observé que 8 fois la persistance d'accidents qui m'ont obligé, 4 fois, à intervenir secondairement, et dans la détermination de la conservation elles ne peuvent être mises en opposition avec les résultats heureux, avec le rétablissement complet de la fonction ovarienne.

Le traitement opératoire précoce de l'appendicite.

(Rapport au XVI^e Congrès international de médecine, Budapest 1909.)

J'ai essayé d'établir les limites que l'on peut assigner à l'intervention dite « précoce ». La majorité des chirurgiens semble admettre une période de quarante-huit heures ; d'autres l'étendent jusqu'à la fin du troisième jour ; d'autres la réduisent à trente-six heures ou même vingt-quatre heures. La limite de trois jours me semble exagérée ; pour ma part, je ne puis admettre que celle de vingt-quatre heures, de trente-six heures, ou en tous cas, si l'on voulait accepter la limite de quarante-huit heures ; je pense qu'il serait indispensable d'établir dans les indications des distinctions formelles. Si, en effet, dans un cas grave où une indication particulière commande l'intervention, on peut et on doit intervenir dans les quarante-huit heures, et souvent même plus tard, je crois que la gravité beaucoup plus grande des opérations du second jour nous engage à les retirer de la discussion actuelle, de la comparaison, dans les cas moyens, entre le traitement médical et le traitement opératoire. En intervenant dès les premières heures et même dans les vingt-quatre heures, nous savons que l'opération présente une bénignité réelle. Dès le second jour, elle est plus grave et, par suite, nous ne devons, je pense, l'appliquer que dans les formes sérieuses et pour répondre à une indication spéciale.

Pour la technique de l'opération, je donne la préférence à l'incision latérale. L'incision médiane, préférée par un certain nombre de chirurgiens, a l'avantage de donner du jour, de permettre un écartement facile de l'intestin,

un nettoyage assez complet du péritoine en cas de péritonite étendue et de bien assurer le drainage. Mais si les manœuvres d'extirpation de l'appendice sont facilitées par l'incision médiane, elles sont singulièrement compliquées par la situation rétro-colite et sous-hépatique de l'appendice.

Après avoir discuté la technique des différents temps de l'opération, en prenant pour type l'incision latérale reportée très en dehors contre la crête iliaque, j'étudie les conditions d'un bon drainage et la comparaison du drainage en position de Murphy, en position demi-assise avec incision médiane et du drainage latéral avec décubitus latéral. Ce dernier que j'avais employé depuis dix-huit mois déjà à ce moment me semblait et me semble toujours donner les meilleurs résultats.

Dans un chapitre sur les indications et les contre-indications, j'étudie les conditions qui doivent être imposées au traitement médical d'attente, dans les cas où il est possible.

J'ai cherché depuis longtemps à établir les signes qui peuvent permettre de faire vraiment le diagnostic précoce, par conséquent d'intervenir à temps ; la véritable sauvegarde, c'est la précocité du diagnostic.

Or, dans un grand nombre de cas, il peut être établi de bonne heure, et c'est là le point capital. Sans doute quelques appendicites éclatent brusquement ou, du moins, ne se révèlent que par la soudaine apparition des accidents plus ou moins graves qui constituent la crise aiguë. Mais, à part la notion fréquente des crises antérieures, presque toujours la crise est précédée d'une période prodromique qui correspond à l'évolution intra-appendiculaire des lésions, au début de l'infection aiguë.

C'est à cette période de troubles vagues, de douleurs mal définies, de malaises, que j'ai réunis sous le nom « *d'état de mal* », c'est à ce moment qu'il faut faire le diagnostic et je crois qu'il est le plus souvent possible et plus facile qu'au début de la crise, dans le désordre et le trouble des symptômes aigus, encore mal déterminés.

Si, dès ce moment, le diagnostic est bien fait, le malade soumis à une surveillance exacte et à un régime très sévère, l'intervention pourra être faite dans les meilleures conditions, soit que l'indication résulte d'une aggravation quelle qu'elle soit, soit que la persistance des troubles, malgré le régime, indique une altération de l'appendice qui ne paraît justiciable que de l'opération.

Ne pouvant rassembler les éléments d'une statistique considérable réunissant toutes les statistiques publiées jusqu'ici (travail impossible à cause des disparités des nomenclatures, des renseignements insuffisants sur la forme de la maladie, sur le traitement initial, sur les indications de l'opération et surtout sur le nombre de cas non opérés), je n'ai apporté que ma statistique personnelle, globale.

La statistique globale de mon service de la Pitié (compré-
nant neuf ans, de 1901 à octobre 1908) donne : sur 555 cas d'appendicite, 13 morts, soit 2,34 p. 100, dont 244 cas de crises aiguës opérés après refroidissement ou à chaud, avec une mortalité de 5,32 p. 100.

Dans ma statistique personnelle de dix ans (depuis le 1^{er} janvier 1899), j'ai pris moi-même toutes les observations et je puis donner des renseignements plus précis.

Elle comprend en tout 780 opérations avec 20 morts, soit une mortalité de 2,65 p. 100.

1^o Opérations à froid pour appendicites à répétition ou

appendicites chroniques souvent associées à d'autres lésions : 415 ; guérisons, 412 ; morts, 3 ; mortalité, 0,72 p. 100 ;

2^e Opérations à froid après crise aiguë : 309 ; guérisons, 308 ; mort, 1 ; mortalité, 0,30 p. 100.

3^e Opérations à chaud : 56 ; guérisons, 40 ; morts, 16 ; mortalité, 28,57 p. 100.

Seules nous intéressent ici les deux dernières classes. Elles montrent que sur 365 malades atteints d'appendicite aiguë plus ou moins grave, 56 ont dû être opérés à chaud et que les 309 autres ont pu être traités médicalement, guérir de la crise et être opérés à froid. Sans doute, si j'avais vu tous ces malades au début même de leur crise, ma statistique d'opérations à chaud serait plus importante et probablement la mortalité des opérations à chaud bien moins considérable.

En effet, et c'est là le point important pour notre discussion, sur les 56 opérations à chaud, j'ai pu, dans les crises graves et en suivant les indications sur lesquelles j'ai insisté longuement, intervenir :

Dans les six premières heures : 6 fois ; guérisons, 6 ; morts, 0 ; mortalité, 0.

De douze à dix-huit heures : 5 fois ; guérisons, 5 ; morts, 0 ; mortalité, 0.

De dix-huit à vingt-quatre heures : 2 fois ; guérisons, 2 ; morts, 0 ; mortalité, 0.

De vingt-quatre à trente-six heures : 6 fois ; guérisons, 5 ; mort, 1 ; mortalité, 16,66 p. 100.

(Cette mort est due à une appendicite gangréneuse perforante avec péritonite diffuse opérée d'urgence à la trente-troisième heure. Appendicite antérieure à répétition méconnue.)

À partir de trente-six heures, la mortalité est énorme.

De trente à quarante-huit heures : 4 fois ; guérison, 1 ; morts, 3.

De quarante-huit à soixante-douze heures : 5 fois ; guérisons, 2 ; morts, 2.

En résumant ces chiffres, on trouve :

Dans les vingt-quatre heures, mortalité 0 p. 100.

Dans les trente-six heures, mortalité 5,55 p. 100.

Dans les quarante-huit heures, mortalité 18,18 p. 100.

Dans les soixante-douze heures, mortalité 22,22 p. 100.

Comme je l'ai dit, je n'opère au début que dans les cas graves. Cette statistique, au point de vue opératoire, serait probablement meilleure si elle comprenait tous les cas moyens ou légers.

Mais ce qui ressort de cette statistique comme des autres, c'est l'efficacité et la bénignité de l'opération des vingt-quatre heures et même des trente-six premières heures.

Dans les six premières heures, l'opération a été faite cinq fois pour des appendicites toxiques et une fois pour un début de péritonite par rupture d'un foyer péri-appendiculaire ignoré.

De douze à dix-huit heures, nous trouvons 3 appendicites à forme toxique et 2 péritonites par rupture de foyer méconnu.

Jusqu'ici, les péritonites par perforations ne sont dues qu'à des ruptures d'abcès. Ces deux cas de la deuxième série étaient particulièrement graves, l'un chez une femme de soixante-cinq ans, l'autre chez un garçon de onze ans. La diffusion du pus était générale, et chez ce jeune garçon, j'en ai trouvé depuis le cul-de-sac pelvien où était fixé l'appendice jusqu'au-dessus du foie et derrière l'estomac ; la précocité de l'intervention était bien ici la seule chance de succès.

De dix huit à vingt-quatre heures, se retrouvent les formes ordinaires ; une appendicite gangréneuse non encore perforée avec début de péritonite suppurée, une appendicite phlegmo-neuse perforée avec péritonite suppurée au début.

De vingt-quatre à trente-six heures, c'est la série des gan-

gréneuses : 4 appendicites gangréneuses perforées dont 3 avec gros calcul, 1 appendicite phlegmoneuse, toutes avec péritonite diffuse plus ou moins étendue et 1 appendicite toxique. Sur les 6 opérations de cette série, j'ai signalé déjà une mort (appendicite gangréneuse perforée avec calcul), la seule des 17 cas opérés dans les trente-six heures.

De trente-six à quarante-huit heures, de quarante-huit à soixante-douze heures, ce ne sont plus que des appendicites gangréneuses, dont 8 calculeuses perforées et 1 gangréneuse avec plaque étendue de gangrène sur le cæcum et le côlon sans perforation, avec 5 morts.

Un enseignement important peut être tiré d'une statistique de plusieurs années : elle peut nous donner la notion d'un progrès accompli, nous dire si nous marchons dans la bonne voie.

En comparant les chiffres avant 1905 et depuis 1905, je trouve :

1^{re} Période de six ans, 1899 à 1905 :

166 cas de crises aiguës.

138 ont guéri par le traitement et ont été opérés à froid avec 137 guérisons et 1 mort (mort par embolie au seizième jour, dont je vous ai parlé).

28 cas ont été opérés à chaud avec 16 guérisons et 12 morts : c'est donc une mortalité opératoire de 42,91 p. 100.

Sur les 166 crises aiguës, la mortalité générale est donc de 7,83 p. 100.

2^{re} Deuxième période depuis 1905 :

199 crises aiguës.

171 guéries par le traitement et opérées à froid après la crise, 171 guérisons.

28 opérations à chaud avec 4 morts.

Soit une mortalité opératoire de 17,85 p. 100 et une mortalité globale, sur toutes les crises aiguës, de 0,01 p. 100.

Et si je ne prenais que les deux dernières années (1908 et 1909) je trouverais :

Nombre de crises.....	62
Opérations à froid après refroidissement....	54
Guérisons.....	54
Opérations à chaud.....	8
Guérisons.....	8
Mort.....	0

Par une heureuse série de circonstances, des 62 crises, dont plusieurs fort graves, ont pu toutes guérir : 54 sans opérations; 8 après opération à chaud.

Sans vouloir tirer d'une statistique plus qu'elle ne peut et ne doit donner, il semble cependant que l'on puisse constater nettement une amélioration très notable des résultats du traitement. La proportion des cas opérés est à peu de chose près la même, 14 p. 100 dans la première série, 16 p. 100 environ dans la deuxième.

L'amélioration des résultats tient en partie au perfectionnement progressif de la technique et, notamment, je crois pouvoir attribuer à la déclivité du drainage par la position permanente donnée à l'opéré une très grande importance dans les péritonites diffuses. Elle tient aussi en partie à ce que peu à peu les malades sont plus souvent traités au début de la crise et plus souvent opérés en temps opportun.

A mesure qu'on connaîtra mieux la période prodromique, le progrès s'accroîtra. Je n'en veux pour preuve que les cas relativement nombreux d'appendicite à force toxémique, que j'ai signalés dans ce relevé et que j'ai pu opérer, 5 dans les six premières heures, 3 de douze à dix-huit heures, l'autre enfin, moins grave, au bout de trente-six heures et qui ont guéri.

Ces formes sont pourtant les plus graves de toutes et les plus difficiles à reconnaître au début ; elles ne se traduisent que par l'accélération du pouls qui s'accroît d'heure en heure en même temps que les pulsations sont plus faibles et irrégulières, et cela, sans aucune élévation de température, souvent avec une légère hypothermie et sans signes locaux ; le diagnostic ne peut être fait dans la plupart des cas que par la connaissance, que par l'observation de ces troubles légers, de cet état de mal dont j'ai parlé plus haut et qui précède cette intoxication cardiaque.

Chez tous les petits malades que j'ai pu opérer dans ces conditions, les accidents ont été saisis dès leur apparition parce que des malades étaient observés soigneusement et constamment, ayant eu ces troubles légers, fugaces, à peine appréciables qu'on voit aux appendicites chroniques et qui, en se répétant, doivent donner l'éveil, parce qu'ils peuvent être la menace d'une crise très grave.

Chez plusieurs, des vomissements de sang ou des hémorragies intestinales ont marqué la gravité de cette intoxication suraiguë (3 cas de vomissements noirs au moment de l'opération, 1 cas de méléna, 1 cas d'accidents urémiques graves consécutifs).

Les lésions que j'ai rencontrées sont toujours les mêmes : péritoine d'aspect absolument normal ; appendice d'aspect extérieur normal, à peine quelquefois vascularisé. L'appendice est tordu ou coudé. Dans deux cas, à travers ce péritoine absolument sain et transparent, j'ai pu voir, sous forme de traînées d'un noir d'encre, les veines thrombosées du mésentère ; l'appendice incisé contient le plus souvent un long caillot de sang noir ou une bouillie noire d'odeur de sphacèle très accentuée avec une gangrène superficielle de la muqueuse et souvent une ou plusieurs ulcérations.

Ces faits montrent, de la manière la plus frappante, ce que l'on peut obtenir d'une opération précoce.

Si l'opération n'est pas immédiate, l'intoxication marche avec une rapidité extrême et les malades succombent en un ou deux jours dans le collapsus avec température basse, pouls incomptable, refroidissement des extrémités.

L'opération précoce permet donc d'espérer le succès, même dans les formes les plus graves.

Avec un diagnostic précoce, avec la connaissance de la période prodromique, on pourra assurer son plein effet à cette intervention excellente en la plaçant au moment opportun, dans les cas où elle est indiquée.

Sur le drainage en décubitus latéral dans les péritonites diffuses.

(Société de chirurgie, séance du 5 avril 1911.)

La position assise de Fowler et Murphy assure bien l'assèchement primitif de la grande cavité péritonéale mais laisse toujours, dans le cul-de-sac pelvien, un foyer drainé en contrebas et où peut s'accumuler une certaine quantité de liquide septique dans l'intervalle des pansements. Nous en avons la preuve dans l'évacuation de ce liquide septique que nous obtenons par aspiration au moment du pansement. C'est pour parer à cet inconvénient que Folwer a proposé de faire systématiquement, chez la femme, l'ouverture du cul-de-sac postérieur et de drainer ainsi, par le vagin, en suturant l'incision abdominale. La déclivité parfaite du drainage ne peut donc être assurée que par la contre-ouverture du vagin.

De plus, j'ai rencontré, dans l'emploi de la position de Fowler, une difficulté qui n'avait pas été signalée ; c'est le

retard forcément apporté à la mise de l'opéré en position assise. Ce n'est, le plus souvent qu'après le réveil complet et d'ordinaire trois, quatre ou cinq heures après l'opération, que les opérés supportent la position assise.

Dans les laparotomies latérales pour péritonite d'origine appendiculaire, je me suis attaché à établir les conditions les plus efficaces du drainage et il m'a semblé que toutes ces meilleures conditions de simplicité et d'efficacité se trouvent réalisées par le drainage latéral avec décubitus latéral.

J'ai employé cette méthode depuis le mois de mai 1908 et j'en ai obtenu de très bons résultats.

J'ai fait sur le cadavre une série d'expériences pour mettre en évidence la situation exacte du point déclive de la cavité péritonéale en décubitus latéral. Il correspond précisément à la partie supérieure de la fosse iliaque, immédiatement au-dessus de la crête iliaque. C'est en ce point que doit être appliqué le drainage. L'incision opératoire doit donc être faite très en dehors, parallèlement à la crête iliaque. Le drainage peut être assuré, suivant les cas, par un drain iliaque ou par plusieurs drains de direction différents.

Un avantage capital de cette méthode du drainage latéral en décubitus latéral consiste dans ce fait que l'opéré peut être placé dans cette position immédiatement après l'opération, et qu'ainsi se trouve assuré l'assèchement de la cavité péritonéale, l'écoulement facile du liquide septique qu'elle peut encore contenir, dès le premier instant et pendant les premières heures, moment où la garantie de cette évacuation prend une importance capitale.

Depuis cette communication, j'ai continué, dans tous les cas d'appendicite ayant nécessité le drainage, à employer le décubitus latéral, et j'ai toujours vérifié les avantages de

cette technique pour l'évacuation complète et permanente du liquide contenu dans la cavité péritonéale.

Traitement de l'appendicite chronique.

(Rapport au XXIX^e Congrès français de chirurgie, octobre 1911.)

J'ai, dans ce travail qui résume la série de mes travaux sur cette question, étudié parallèlement le traitement médical et le traitement chirurgical de l'appendicite chronique.

« Il n'est peut-être pas, en effet, d'affection dont le traitement doive être aussi « médico-chirurgical ».

Ici l'intervention n'est point urgente, le traitement médical peut toujours être institué et prolongé un certain temps, à moins d'indication particulière.

La persistance des troubles dus à l'appendicite chronique, l'insuffisance du traitement, du régime, autorisent et commandent souvent le traitement chirurgical.

Mais il faut bien savoir que celui-ci, capable d'ordinaire d'assurer à lui seul, d'emblée, la guérison complète, n'est d'autres fois qu'un temps de traitement, temps utile, indispensable, qui permet au traitement médical, bien suivi, de modifier, d'améliorer et, souvent, de guérir les manifestations multiples de désordres intestinaux d'ordinaire provoqués ou du moins entretenus et aggravés par le mauvais état de l'appendice.

Le malentendu qui a créé, entretenu et accru la division des opinions consiste à opposer le traitement médical au traitement chirurgical, à penser que le diagnostic d'appendicite chronique, entraînant fatalement d'emblée l'intervention opératoire, supprime toute thérapeutique médicale et, d'autre part, à attribuer à l'erreur du diagnostic d'appendicite la persistance des troubles dus à l'état du cæcum ou du côlon après l'ablation d'un appendice malade.

Bien souvent, en effet, surtout chez l'adulte, l'appendicite chronique n'est pas une affection isolée ; elle accompagne, précède ou suit un état de fonctionnement défectueux de l'intestin, du cæcum (colite, péricolite, pérityphlite, épiploïte, déformation du côlon ou du cæcum, etc.) à forme variable, entraînant une infection intestinale persistante dont les manifestations, très difficiles à différencier, font hésiter parfois un certain temps le diagnostic et l'indication thérapeutique et dont la persistance après l'opération ne peut céder qu'à un traitement consécutif sévère et longtemps prolongé.

Enfin, d'autres affections liées par une origine commune (affections du foie, des reins, de l'intestin, de l'estomac, des annexes) ou indépendantes (fibromes, kystes de l'ovaire, etc.) peuvent être compliquées d'appendicite chronique. Ici l'indication thérapeutique peut relever de la constatation de ces autres affections.

Il y a donc là toute une série de questions relatives aux formes diverses de l'appendice chronique dans lesquelles les indications opératoires doivent être étudiées isolément.

Après un rapide exposé de l'emploi du régime alimentaire, des antiseptiques intestinaux, de diverses préparations de ferments lactiques, la question des purgatifs est étudiée avec plus de détails bien qu'ici elle ait moins d'importance que dans l'appendicite aiguë. On peut accepter et conseiller l'usage modéré de purgatifs légers, de laxatifs destinés à éviter la stase intestinale dont l'influence sur l'appendice est reconnue par tous ; mais il est toujours indispensable, avant de prescrire un purgatif, de s'assurer de l'état de l'appendice par un examen minutieux et de s'abstenir si l'on trouve un appendice nettement douloureux et surtout si l'on constate, par l'interrogatoire des parents, l'existence de ces petits maux si caractéristiques qui constituent un véritable *état de mal*.

à tout jamais de toute atteinte d'appendicite, en lui administrant, tous les mois, une légère dose de calomel.

Si l'on ne peut, dans des cas pareils, accuser le purgatif d'avoir provoqué la crise aiguë, tout au moins de l'avoir aggravée, on doit constater cependant qu'il n'a pas empêché l'affection de se traduire sous cette forme si fréquente de détermination simultanée sur l'amygdale et l'appendice.

Cette coïncidence fréquente doit toujours obliger le médecin à une recherche minutieuse de l'état de l'appendice avant de prescrire le purgatif traditionnel en cas d'amygdalite.

Les autres moyens propres à combattre la constipation : lavements, suppositoires, lavages intestinaux, massage, gymnastique, électrothérapie, traitement hydro-minéral, doivent toujours être employés avec la plus grande prudence et sous la garantie d'une surveillance rigoureuse.

Le traitement anti-helminthique, lui, peut être considéré comme préventif, mais nullement comme curatif de l'appendicite chronique, à un degré quelconque.

Indications de l'intervention. — Indépendamment des indications soumises à un certain nombre de conditions générales tenant à l'âge, à la profession, etc... la grosseur constitue une indication formelle à enlever l'appendice malade quelle que soit la forme de l'infection.

Les indications fournies par la forme de l'appendicite chronique doivent être étudiées avec détail. Il convient presque toujours d'intervenir dans les formes à *infection générale prédominante*, avec céphalalgie, fatigue, impossibilité de travail, amaigrissement, coloration subictérique des téguments, foie souvent gros et douloureux, etc...

De même, dans les *formes si fréquentes à symptômes gastriques prédominants*, ou dans celles, plus rares, à manifestations *purement gastriques*.

A côté de ces formes à douleurs gastriques, il convient de ranger les *formes à vomissements répétés, cycliques, acétonémiques*, qui ont été l'objet de tant de discussions ; elles peuvent être justiciables de l'intervention. Il n'en faut pas inférer que tous les vomissements dits acétonémiques, que les vomissements cycliques, révèlent toujours une appendicite chronique ; mais, chez un enfant atteint de ces vomissements cycliques, l'ablation de l'appendice me semble indiquée par la plus légère manifestation d'appendicite chronique et donne, d'ordinaire, un résultat thérapeutique tout à fait satisfaisant.

Dans les *formes avec colite chronique*, l'indication est moins précise ; elle doit être en tous cas discutée, établie avec prudence. Il importe, tout d'abord, de distinguer deux formes de colite : l'une résultant de l'appendicite, entretenue par elle, et justiciable de l'opération dans les meilleures conditions ; l'autre antérieure à l'altération, au moins apparente, de l'appendice, et naturellement plus tenace, plus difficile à traiter et à guérir.

Dans les vieilles *péricolites* chroniques, les manifestations nettes d'appendicite chronique, d'épiploite peuvent entraîner à conseiller une intervention qu'en leur absence on repousserait, on rejetterait du moins à un terme plus ou moins éloigné ; dans les vieilles colites, en effet, les indications du traitement chirurgical ne vivent que de l'échec complet, définitif, du traitement médical, très longtemps et très régulièrement suivi.

En tous cas, lorsque le traitement médical a échoué, qu'il n'y a plus rien à attendre de cette thérapeutique, il faut savoir que l'opération peut être conseillée, surtout aux colites avec diarrhées, qui paraissent très heureusement influencées par l'intervention ; savoir aussi que, dans ces interventions pour appendicite avec colite, l'acte chirurgical n'est qu'un temps du traitement, et qu'une longue et stricte observance du

régime peut seule amener dans l'état de l'intestin une modification, d'ailleurs impossible à espérer avec la conservation de l'appendice malade. L'action souvent fort limitée de l'intervention sur la constipation et les douleurs oblige donc à subordonner l'indication opératoire à l'existence de troubles d'appendicite ou de péricolite.

L'indication me paraît être soumise aux mêmes conditions dans les *formes de colite chronique avec ptose du côlon, avec dilatation du cæcum, mobilité du cæcum et du côlon ascendant*, états décrits sous le nom de *cæcum mobile*, de *cæcum douloureux*, de *typhltonie*, etc., que l'on a imputés à tort, je pense, à l'appendicite chronique, car il ne s'agit que la manifestation sur une partie du gros intestin de l'altération générale de l'organe au même titre que l'appendicite chronique; ils peuvent bénéficier souvent, dans une large mesure, de l'ablation d'un appendice réellement malade; en tous cas, l'indication opératoire ne peut être établie dans ces formes qu'après une longue période d'observation, d'ailleurs nécessaire pour établir un diagnostic.

Dans les *formes douloureuses*, l'hésitation est encore plus justifiée. Je veux parler, en effet, de ces formes caractérisées uniquement par la douleur, et qui en l'absence d'autres signes d'appendicite chronique, sans troubles gastro-intestinaux, sans infection générale, sans infection hépatique, sont d'un diagnostic si difficile; il convient ici d'être d'autant plus réservé dans la détermination thérapeutique, quo, à cause même de ces douleurs persistantes, pénibles, l'attention est attirée d'emblée sur l'appendice dont le malade et souvent le médecin-lui-même réclament notamment l'ablation parce qu'on lui attribue toutes les douleurs ressenties.

La coïncidence très fréquente de l'appendicite chronique avec d'autres affections abdominales nécessite l'étude des

indications dans chaque cas d'association morbide, lithiasé biliaire, rein mobile ou douloureux, affections gastriques, lésions utéro-annexielles.

Appendicite chronique et tuberculose. — Chaque fois qu'une appendicite provoque chez un tuberculeux des troubles gastro-intestinaux, une difficulté constante d'alimentation, je crois qu'il est sage d'enlever l'appendice ; il n'y a pas lieu ici de s'attarder à un régime sévère ; le mieux est d'enlever l'appendice dès que le diagnostic est établi, si l'état des lésions pulmonaires n'y apporte pas de contre-indication. C'est, par conséquent, surtout à la première période de la tuberculose que l'appendicectomie aura son plein effet et permettra au traitement médical approprié de lutter contre les lésions pulmonaires.

L'indication est tout aussi pressante dans ces cas douteux, dans ces fausses tuberculoses des adolescents, des jeunes filles surtout, forme caractérisée par l'amaigrissement, la fatigue, les troubles digestifs faussement attribués à la tuberculose et par une toux fréquente, pénible, quinteuse, rapportée aussi à la même cause et qui ne fait que traduire soit de petites poussées de congestion pulmonaire d'origine intestinale, soit une irritation réflexe du larynx.

Technique opératoire. — Pour ce qui est de l'opération elle-même, je crois qu'il est indispensable de ne pas borner à l'ablation de l'appendice malade l'acte opératoire, mais de toujours, dans tous les cas, faire une exploration large, méthodique de tous les organes du voisinage, du caecum, du colon, de l'épiploon. C'est que là, en effet, il est fréquent de rencontrer toute une série de lésions qui ressortissent en partie à l'appendice chronique, en partie à la colite chronique et dont la persistance peut compromettre le résultat thérapeutique de l'intervention.

Dans ma statistique personnelle, sur 1453 cas d'appendicite

chronique (appendicites chroniques pures, 437; appendicites chroniques opérées à froid après une ou plusieurs crises aiguës, 516; appendicites chroniques associées à des lésions pelviennes ou autres, 540), j'ai trouvé : 90 fois des reliquats d'épiploite aiguë ; 372 fois de l'épiploite chronique pure. Sur ces 372 cas d'épiploite chronique, 191 fois il n'y avait aucune adhérence ; 181 fois, il existait des adhérences et en ne tenant compte que des adhérences péricoliques, j'ai trouvé : 71 fois des adhérences à l'angle droit du côlon, 33 fois des anneaux, des cylindres péricoliques, 15 fois une bride pré-rénale, 14 fois l'accrolement, la soudure des deux branches de l'angle droit. Enfin, dans 194 cas existaient des lames péritonéales de nouvelle formation, soit sur le côlon-ascendant (dans 1,5 des cas), soit sur le cæcum ou sur l'appendice lui-même.

La ptose, la mobilité du cæcum ne me semble pas entraîner de graves troubles et nécessiter les opérations proposées pour fixer le cæcum.

Par contre, la dilatation ampullaire du cæcum doit être supprimée par la plicature, d'exécution simple et d'action efficace.

Il faut donc toujours vérifier l'état du cæcum et du côlon, faire « la toilette du côlon » par une série de petites opérations (résection de l'épiploon altéré, libération du côlon, résection des brides qui l'enserrent, des lames péritonéales de nouvelle formation, de la lame fibreuse qui accole les deux branches et l'angle colique, plicature du cæcum, etc), petites opérations souvent longues, minutieuses, mais qui me semblent le complément indispensable de l'appendicectomie, car elles modifient très heureusement le pronostic thérapeutique sans aggraver le pronostic opératoire.

Pour apprécier de façon équitable les résultats thérapeutiques de l'intervention, il ne faut point se hâter. Si la gué-

raison de tous les troubles est parfois rapide, immédiate, dans les formes graves de colite chronique avec appendicite, ce n'est guère qu'au bout de six à huit mois, quelquefois plus, de régime sévère, qu'on observe une modification notable de l'état de l'intestin.

L'appendicectomie fait disparaître rapidement les accidents généraux d'infection : l'intoxication, la teinte jaune terreuse des téguments, les douleurs gastriques, la lombalgie, les troubles digestifs, la céphalalgie, la toux. Il reste souvent les troubles de colite et surtout la douleur, la constipation, la sensibilité particulière du côlon qui éveille parfois des crises subaiguës.

L'appréciation des résultats thérapeutiques tardifs ne peut être établie sur la comparaison des statistiques, trop disparates et insuffisamment explicites.

J'avais pu me renseigner exactement sur l'état actuel de 651 de mes opérés des dix dernières années (de 1901 à 1910).

a) 581 vont bien, ne souffrent pas, ne présentent aucun trouble général d'infection d'origine intestinale ; ils digèrent bien ; quelques-uns gardent encore une certaine sensibilité de l'intestin aux trop grands écarts de régime, aux trop grandes fatigues.

b) 65 ont un bon état général, mais un état intestinal mauvais ; en effet, 44 ont encore de la colite ; 20 ont, sans colite vraie, un intestin douloureux. Cependant, chez presque tous il existe, en dehors de l'amélioration de l'état général, une modification assez heureuse de l'état intestinal. Les poussées de colite, les douleurs sont moins violentes que par le passé et surtout plus rapidement et plus efficacement modifiées par le régime institué à temps.

c) 5 enfin ont conservé un mauvais état général avec un mauvais état intestinal.

Sur les 581 opérés revus en bon état, 139 avaient en même temps que de l'appendicite, des lésions de péricolite, et d'épiploite chronique.

Il ressort de ces faits que la résection de l'épiploon malade, la toilette du cælon (1) ont une influence considérable sur les résultats éloignés, constatés au moins un an après l'opération, pour permettre au cælon ainsi délivré des lésions qui l'entouraient, de pouvoir se modifier sous l'influence du traitement approprié.

« L'intervention chirurgicale est donc indiquée dans la plupart des cas d'*appendicite chronique*. Nous en obtenons ce que nous devons lui demander, en outre de la garantie contre le danger d'une crise aiguë :

1^o La disparition rapide des infections secondaires qu'elle provoque directement, la disparition des troubles réflexes gastriques, par suite le relèvement des forces, le rétablissement de l'état général;

2^o Dans les cas accompagnés de colite, parfois la guérison rapide, en tous cas, le plus souvent, l'amélioration lente et progressive de l'état de l'intestin, de la colite ; et, pour donner ici à l'intervention son plein effet, il convient de ne pas se borner à enlever l'appendice quand il existe des lésions de péricolite, mais de débarrasser l'intestin de tout ce qui peut entraîner un état d'irritation, de vascularisation de la paroi, de tout ce qui peut gêner son fonctionnement normal. »

(1) Depuis la publication de ce travail, mon ancien interne, M. Haller, a apporté dans sa thèse (1912) une importante quantité de documents sur les péricolites et les épiploites, documents recueillis par lui ou rassemblés par lui dans les observations de mon service.

Appendicites à manifestations thoraciques.

(*Société médicale des hôpitaux, 31 mars 1911; 9 février 1912.*)

J'avais présenté au mois de mars 1911, à la Société médicale des hôpitaux, deux malades d'un type que je crois très fréquent: sujets jeunes, touseurs, avec poussées de congestion pulmonaire, maigrissant, perdant leurs forces, sans aucun trouble digestif et chez lesquels l'examen complet, méthodique de l'abdomen, permet de reconnaître l'existence d'une appendicite chronique.

Un an plus tard, en février 1912, j'ai présenté à nouveau ces deux opérés pour montrer la disparition complète des accidents thoraciques à la suite de l'appendicectomie.

En dehors de la question si importante du diagnostic et de l'indication opératoire, j'avais tenu à attirer l'attention de la Société médicale sur un symptôme tout particulier: cette toux si fréquente chez les appendiculaires, qui aide souvent à la confusion du diagnostic et qu'il est important de connaître avec ses caractères spéciaux: toux quinteuse, sèche, analogue à la toux utérine, tenace, résistant à toutes les médications et disparaissant presque immédiatement après l'appendicectomie.

L'appendice à gauche.

(*XXV^e Congrès français de Chirurgie, 1912, p. 633.*)

Trois fois, au cours de laparotomies pour appendicite, j'ai trouvé le cæcum à gauche.

Dans deux cas, toute la région droite de l'abdomen, fosse iliaque, fosse lombaire, n'était occupée que par l'intestin grêle. Les deux portions du côlon étaient accolées, le côlon ascendant à gauche et le cæcum dans la fosse iliaque gauche.

Dans le troisième cas, le cadre colique occupait bien sa position habituelle, mais le côlon descendant à droite, le cæcum et le côlon ascendant à gauche.

La statistique publiée en 1909 par Liertz note, sur 2092 cas, 16 fois le cæcum à gauche, soit 0,7 p. 100 d'appendices situés à gauche, proportion certainement exagérée, car il est indiqué dans ce travail un grand nombre de déplacements du cæcum par adhérences.

Pour ma part, sur 3 000 opérations d'appendicite, j'ai trouvé le cæcum à gauche 3 fois : soit 1/1000.

En examinant les cas relevés par Johnson, Brewer, Blake, Sauerbeck, Sokolova, on voit qu'ils paraissent tous répondre à des formes différentes.

Il n'y a pas une disposition constante de l'intestin sur laquelle on puisse s'appuyer pour conseiller une technique spéciale dans la recherche de l'appendice.

Lorsque la fosse iliaque droite, comme dans ma troisième observation, est occupée par le côlon descendant, on peut rapidement vérifier cette disposition en suivant le côlon jusque dans le bassin pour constater sa continuité avec le côlon pelvien, ce qui indique, d'une façon formelle, la situation du cæcum à gauche.